

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ В  
СТОМАТОЛОГИИ»**

**Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)**

**Направленность Стоматология**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог**

**Срок обучения: 5 лет**

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Местное обезболивание. Препараты для местного обезболивания.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Методы местного обезболивания	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Ошибки и осложнения местного обезболивания в стоматологии	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Премедикация и общее обезболивание	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Интенсивная терапия соматических осложнений.	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор	Пятибалльная шкала оценивания

			тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	
7.	Проводниковая анестезия на верхней челюсти	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах. Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
8.	Инфильтрационная анестезия на нижней челюсти	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания
9.	Проводниковая анестезия на нижней челюсти	ОПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений,
- решение ситуационных задач;
- курация больного/разбор тематического разбор тематического больного
- разбор истории болезни
- работа на симуляторах

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1 Стандартизированный тестовый контроль успеваемости (по темам или разделам)**

**Тема 1. Местное обезболивание. Препараты для местного обезболивания.**

**1. Лидокаин преимущественно применяют для**

- 1) инфильтрационной и проводниковой анестезии
- 2) спонгиозной анестезии
- 3) внутривагинальной анестезии
- 4) внутривагинальной анестезии

- 1. Лидокаин относится**
- 1) к амину
  - 2) к эфиру
  - 3) к амиду
  - 4) к производному изохинолина
  - 5) к адамантильному радикалу
- 3. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты**
- 1) азакаин
  - 2) совкаин
  - 3) новокаинамид
  - 4) новокаин
  - 5) мезокаин
- 4. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит**
- 1) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
  - 2) от концентрации препарата
  - 3) от разрушения тканевыми ферментами
  - 4) выделения почками
- 5. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем**
- 1) гидролиза псевдохоллинэстеразой плазмы, редукации в печени
  - 2) соединения с гликуроновой кислотой печени
  - 3) окисления
- 6. Вазоконстрикторы вызывают:**
- 1) расширение сосудов
  - 2) сужение сосудов
  - 3) гиперемии кожных покровов
  - 4) парестезии
  - 5) анальгезию
- 7. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:**
- 1) сложных эфиров
  - 2) амидов
  - 3) щелочей
  - 4) спиртов
  - 5) кислот
- 8. Для пролонгирования действия местного анестетика используют**
- 1) эpineфрин
  - 2) новокаин
  - 3) тримекаин
- 9. Оптимальные концентрации эpineфрина:**
- 1) 1:300000
  - 2) 1:200000
  - 3) 1:100
  - 4) 1:500000
  - 5) 1:200
- 10. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик**
- 1) тримекаин
  - 2) новокаин
  - 3) лидокаин
  - 4) маркаин, анакаин

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	4	1	1	2	2	1	2	4

## Тема 2. Методы местного обезболивания

### 1. Аппликационная анестезия является методом:

- 1) поверхностной местной анестезии
- 2) глубокого пропитывания тканей
- 3) проводниковой анестезии

**2. Для аппликационной анестезии лучше использовать:**

- 1) адреналин
- 2) лидокаин
- 3) новокаин

**3. К методу инфильтрационной анестезии относится:**

- 1) мандибулярная
- 2) субпериостальная
- 3) инфраорбитальная
- 4) резцовая
- 5) ментальная

**4. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:**

- 1) подкожная
- 2) интубационная
- 3) интралигаментарная
- 4) эпидуральная
- 5) внутривенная

**5. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:**

- 1) инфильтрационную
- 2) торусальную
- 3) резцовую
- 4) мандибулярную
- 5) ментальную

**6. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:**

- 1) интубационная
- 2) проводниковая
- 3) эпидуральная
- 4) внутривенная
- 5) масочная

**7. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:**

- 1) местное
- 2) общее (наркоз)
- 3) комбинированное
- 4) нейролептанальгезия
- 5) акупунктура

**8. При местном обезболивании выключается болевой синдром:**

- 1) психоэмоциональный
- 2) вегетативный
- 3) сенсорный
- 4) двигательный
- 5) рефлекторный

**9. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):**

- 1) 90
- 2) 60-70
- 3) 50-55
- 4) 30-45
- 5) 10-20

**10. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:**

- 1) инфраорбитальная
- 2) торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	2	3	1	2	1	3	4	2

### Тема 3. Ошибки и осложнения местного обезболивания в стоматологии

#### 1. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является:

- 1) гематома
- 2) коллапс
- 3) обморок
- 4) анафилактический шок
- 5) отек Квинке

#### 2. Местным осложнением при обезболивании является:

- 1) обморок
- 2) контрактура нижней челюсти
- 3) анафилактический шок
- 4) коллапс
- 5) отек Квинке

#### 3. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии:

- 1) удаляют иглу
- 2) делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки
- 3) проводят повторную анестезию
- 4) госпитализируют больного
- 5) не предпринимают никаких действий

#### 4. При проведении мандибулярной анестезии причиной развития контрактуры нижней челюсти является ранение мышцы:

- 1) внутренней крыловидной
- 2) латеральной крыловидной
- 3) жевательной
- 4) щечной
- 5) височной

#### 5. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4) инфраорбитальной
- 5) туберальной

#### 6. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3) выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

#### 7. Причины общих осложнений местной анестезии:

- 1) Недостаточно собранный анамнез
- 2) Сопутствующие заболевания
- 3) Аллергические реакции к местным анестетикам
- 4) Психоэмоциональное напряжение пациента
- 5) Все ответы правильные

#### 8. Укажите возможное осложнение, возникающее при травме кровеносного сосуда во время проведения анестезии:

- 1) диплопия
- 2) образование гематомы
- 3) развитие неврита
- 4) нагноение в области места вкола

#### 9. Какие кровеносные сосуды возможно травмировать иглой при проведении туберальной анестезии:

- 1) крыловидное венозное сплетение
- 2) ярёмное венозное сплетение
- 3) угловую вену носа
- 4) лицевую вену

#### 10. Укажите возможное осложнение возникающее после проведения торусальной анестезии:

- 1) постинъекционная контрактура медиальной крыловидной мышцы
- 2) гематома крылонёбной и подвисочной ямок
- 3) диплопия
- 4) неврит подглазничного нерва

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	4	1	4	3	5	2	1	1

#### Тема 4. Премедикация и общее обезболивание

**1. Общим обезболиванием является**

- 1) атаралгезия
- 2) эндотрахеальный наркоз
- 3) проводниковая анестезия
- 4) вагосимпатическая блокада

**2. Какие препараты могут использоваться для премедикации в челюстно-лицевой хирургии?**

- 1) гидазепам
- 2) аскорбиновая кислота
- 3) аминазин

**3. Препараты для премедикации:**

- 1) калипсол
- 2) фторотан
- 3) дроперидол
- 5) инфильтрационная анестезия
- 4) оксибутират натрия

**4. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,**

- 1) фторотан
- 2) калипсол
- 3) циклопропан
- 4) закись азота

**5. Способом неингаляционного наркоза является**

- 1) масочный
- 2) внутривенный
- 3) эндотрахеальный

**6. Для неингаляционного наркоза применяется**

- 1) эфир
- 2) фторотан
- 3) сомбревин
- 4) закись азота

**7. Для неингаляционного наркоза применяется**

- 1) эфир
- 2) трилен
- 3) гексенал
- 4) закись азота

**8. Для неингаляционного наркоза применяется**

- 1) эфир
- 2) кетамин
- 3) хлороформ
- 4) закись азота

**9. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является**

- 1) масочный
- 2) внутривенный
- 3) электронаркоз
- 4) эндотрахеальный

**10. При нейролентаналгезии препараты вводят**

- 1) энтерально
- 2) внутривенно

- 3) ингаляционно
- 4) внутримышечно

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	1	2	3	3	2	4	2

### Тема 5. Интенсивная терапия соматических осложнений

**1. Обморок - это:**

- 1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- 2) аллергическая реакция на антиген
- 3) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- 4) гипертонус мышц
- 5) дыхательная недостаточность

**2. Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:**

- 1) обморока
- 2) анафилактического шока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) аллергической реакции
- 5) верно 1) и 3)

**3. Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:**

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции
- 4) верно 1) и 2)

**5) верно 2) и 3)**

**4. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:**

- 1) диатеза
- 2) интоксикации
- 3) хронического панкреатита
- 4) перенесенной ранее аллергической реакции
- 5) атеросклероза

**5. Пульс во время коллапса:**

- 1) частый, нитевидный
- 2) нитевидный, редкий
- 3) частый, хорошего наполнения
- 4) редкий, хорошего наполнения
- 5) нормальный

**6. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на:**

- 1) эпигастрии
- 2) нижней трети грудины
- 3) средней трети грудины
- 4) яремной вырезки
- 5) боковой поверхности груди

**7. при развитии клинической смерти следует:**

- 1) проводить сердечно-легочную реанимацию;
- 2) осуществить ингаляцию кислорода;
- 3) вводить растворы противошоковой группы;
- 4) осуществлять ингаляцию углекислоты.

**8. Признаком эффективности реанимационных мероприятий является:**

- 1) расширение зрачка;
- 2) усиление цианоза кожных покровов;
- 3) сужение зрачка;
- 4) снижение температуры тела до температуры окружающей среды.

**9. Затрудненное, учащенное дыхание с экспираторной одышкой характерно:**

- 1) для обморока

- 2) для сердечно-сосудистого коллапса
- 3) для анафилактического шока
- 4) все верно
- 5) все неверно

**10. К симптомам обморока относятся:**

- 1) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления
- 2) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов
- 3) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное
- 4) потеря сознания. вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
- 5) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	1	4	1	3	1	3	3	2

**Тема 6.**

**Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти**

**1. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:**

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) V

**2. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через:**

- 1) овальное отверстие в подвисочную ямку
- 2) круглое отверстие в крылонебную ямку
- 3) forameninfraorbitale в fossacanina
- 4) верхнеглазничную щель в глазницу
- 5) ментальное отверстие

**3. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:**

- 1) инфильтрационную
- 2) торусальную
- 3) резцовую
- 4) мандибулярную
- 5) ментальную

**4. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:**

- 1) подкожная
- 2) интубационная
- 3) интралигаментарная
- 4) эпидуральная
- 5) внутривенная

**5. Для поверхностной местной анестезии используют анестезию:**

- 1) туберальную
- 2) мандибулярную
- 3) аппликационную
- 4) небную

**6. К инфильтрационной анестезии относится:**

- 1) интралигаментарная
- 2) туберальная
- 3) подглазничная

**7. Инфильтрационная аппликационная анестезия применяется при:**

- 1) удалении ретинированных зубов
- 2) вскрытии небного абсцесса
- 3) обезболивании места вкола

**8.Скос иглы при инфильтрационной анестезии направляется к кости под углом (в градусах):**

- 1) 90
- 2) 60-70
- 3) 50-55
- 4) 30-45
- 5) 10-20

**9. Анатомическим ориентиром при проведении инфильтрационной анестезии является:**

- 1) проекция верхушки корня
- 2) височный гребешок
- 3) позадиомолярная ямка
- 4) крыловидночелюстная складка

**10. При удалении ретенционной кисты на губе применяют местную анестезию:**

- 1) инфильтрационную
- 2) торусальную
- 3) резцовую
- 4) мандибулярную
- 5) ментальную

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	1	3	3	1	3	4	1	1

### Тема 7. Проводниковая анестезия на верхней челюсти

**1. Туберальная анестезия блокирует ветви:**

- 1) передние верхние альвеолярные
- 2) средниеверхние альвеолярные
- 3) задние верхние альвеолярные
- 4) глазничного нерва
- 5) носонебного нерва

**2.В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят**

- 1)моляры
- 2)верхняя губа, крыло носа
- 3)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- 4)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- 5)верно б) и г)

**3. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада**

- 1)носонебного нерва
- 2)большого небного нерва
- 3)среднего верхнего зубного сплетения

**4.Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии:**

- 1) кверху, кзади, кнутри
- 2) кверху, кзади, кнаружи
- 3) книзу, кзади, кнутри
- 4) книзу, кзади, кнаружи
- 5) кверху, вперед, наружу

**5. Направление иглы при проведении туберальной анестезии:**

- 1) кверху, кзади, кнутри
- 2) кверху, кзади, кнаружи
- 3) книзу, кзади, кнутри
- 4) книзу, кзади, кнаружи
- 5) кверху, вперед, кнутри

**6.Направление иглы при блокаде большого небного нерва:**

- 1) кверху, кзади, кнутри
- 2) кверху, кзади, кнаружи
- 3) книзу, кзади, кнутри
- 4) книзу, кзади, кнаружи

5) кверху, вперед, кнутри

**7. Направление иглы при блокаде носо-небного нерва:**

1) кверху, кнутри

2) кверху, кзади

3) книзу, кнутри

4) книзу, кзади

5) книзу, кнаружи

**8. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:**

1) мандибулярной

2) ментальной

3) инфраорбитальной

4) туберальной

5) торусальной

**9. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:**

1) мандибулярной

2) торусальной

3) инфраорбитальной

4) туберальной

5) по Гоу-Гейтсу

**10. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:**

1) носонебного нерва

2) большого небного нерва

3) среднего верхнего зубного сплетения

4) лицевые нервы

5) I ветви тройничного нерва

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	2	2	1	2	2	4	3	2

**Тема 8. Инфильтрационная анестезия на нижней челюсти**

**1. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия:**

1) палатинальная

2) инфраорбитальная

3) инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

4) резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

5) туберальная

**2. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия:**

1) инфильтрационная

2) резцовая

3) торусальная

4) палатинальная

5) туберальная

**3. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия:**

1) инфильтрационная

2) туберальная

3) ментальная

4) по Гоу-Гейтсу

5) палатинальная

**4. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:**

1) I

2) II

3) III

4) IV

5) V

**5. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна**

- 1) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- 2) для нижнего первого моляра
- 3) для центральных нижних резцов

**6. Нижний луночковый нерв иннервирует:**

- 1) зубы верхней челюсти
- 2) зубы нижней челюсти
- 3) подъязычную область
- 4) 2/3 языка
- 5) слизистую щеки

**7. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является**

- 1) местное
- 2) общее (наркоз)
- 3) комбинированное
- 4) нейролептаналгезия

**8. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:**

- 1) мандибулярной и ментальной
- 2) резцовой и инфраорбитальной
- 3) резцовой и туберальной
- 4) туберальной и палатинальной
- 5) инфраорбитальной и палатинальной

**9. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:**

- 1) мандибулярной
- 2) ментальной
- 3) инфраорбитальной
- 4) туберальной
- 5) палатинальной

**10. При инфильтрационной анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне**

- 1) первого моляра
- 2) второго моляра
- 3) третьего моляра

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	4	3	1	2	1	1	1	3

**Тема 9. Проводниковая анестезия на нижней челюсти**

**1. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом является**

- 1) моляры
- 2) височный гребешок
- 3) позадиомолярная ямка
- 4) крыловиднонижнечелюстная складка
- 5) всё перечисленное

**2. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание**

- 1) торусальная
- 2) подскуловая по Егорову
- 3) из поднижнечелюстной области

**3. При торусальной анестезии происходит блокада нервов**

- 1) язычного и щечного
- 2) язычного и нижнелуночкового
- 3) язычного, щечного и нижнелуночкового
- 4) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

**4. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:**

- 1) I
- 2) II
- 3) III

4) IV

5) V

**5. Анестезия по Вайсблату блокирует ветви тройничного нерва:**

1) I и II

2) II и III

3) I и III

4) II и IV

5) I и IV

**6. Нижний луночковый нерв иннервирует:**

1) зубы верхней челюсти

2) зубы нижней челюсти

3) подъязычную область

4) 2/3 языка

5) слизистую щеки

**7. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутривисочным способом является:**

1) моляры

2) височный гребешок

3) позадиомолярная ямка

4) крыловидночелюстная складка

5) премоляры

**8. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:**

1) мандибулярной и ментальной

2) резцовой и инфраорбитальной

3) резцовой и туберальной

4) туберальной и палатинальной

5) инфраорбитальной и палатинальной

**9. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии:**

1) мандибулярной

2) ментальной

3) инфраорбитальной

4) туберальной

5) палатинальной

**10. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия:**

1) большого небного

2) резцового

3) подглазничного

4) нижнечелюстного

5) подбородочного

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	3	3	3	2	2	4	1	1	4

**2.2. Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости**

- Комбинированное обезболивание в амбулаторной стоматологии.
- Особенности оказания стоматологической помощи при комбинированном обезболивании.
- Общее обезболивание в амбулаторной стоматологии.
- Особенности обезбоживания при воспалительных процессах челюстно-лицевой области.
- Проводниковые методы обезбоживания на верхней челюсти. Показания. Осложнения.
- Проводниковые методы обезбоживания на нижней челюсти. Показания. Осложнения.
- Пародонтальные способы местного обезбоживания. Показания, противопоказания. Осложнения.
- Инструментальное обеспечение современной технологии местной анестезии в стоматологии.

**2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

### **Задача 1**

У Вас на приеме ребенок, 8 лет. Резко возбужден, боится инъекции. Ему необходимо удалить 74 зуб по поводу хронического перидонтита, который лечению не подлежит.

Задания:

Какое обезболивание Вы используете для данного вмешательства?

Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ:

Подготовка с транквилизаторами. Апликационная анестезия в месте вкола иглы, затем инфльтрационная анестезия местным анестетиком.

Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

### **Задача 2**

Больному Р, предстоит удаление зуба 24. Во время проведения анестезии у него появилась слабость, головокружение, потемнение в глазах. Пульс учащен и слабый.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Определите причины подобного состояния.
3. Опишите действия врача в данной ситуации.

Ответы:

1. Обморок
2. Причиной обморока могут быть психоэмоциональное напряжение ребенка перед вмешательством, болезненное проведение анестезии
3. В данной ситуации следует ребенку придать горизонтальное положение, обеспечить приток свежего воздуха, измерить артериальное давление и пульс. При необходимости дать соответствующие препараты.

### **Задача 3.**

У больного при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось. Медсестра вызвала врача.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Назовите основные направления лечения.
5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответы:

1. Обморок.
2. Легкая, кратковременная потеря сознания, в неотложной помощи не нуждается.
3. Внезапная и кратковременная потеря сознания обусловлена нарушением постурального тонуса.
4. Специального лечения не требуется.
5. Из-за отсутствия заболеваний, которые оказывают содействие возникновению этого состояния, диспансерное наблюдение не нужно. При наличии органического фона - диспансерное наблюдение у профильного специалиста.

### **Задача 4.**

Мальчик К., 13 лет, находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

Вопросы

1. Какое осложнение возникло у больного?
2. Тактика врача при выявлении заболевания.
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Приведите методику сердечно-легочной реанимации.

5. Какие особенности диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления?

Ответы:

1. Остановка сердца.
2. Провести сердечно-легочную реанимацию и доставить больного в стационар.
3. Прогрессирующая недостаточность системы жизнеобеспечения, обусловленная острой недостаточностью кровообращения, микроциркуляции и гипоксией тканей.
4. Глубина прогибания грудины вглубь составляет от 0,5 до 2,5 см, частота нажатий не менее 100 раз в 1 мин., соотношение нажатий и искусственного дыхания - 5:1. Массаж сердца проводят, положив пациента на твердую поверхность.

#### **Задача 5**

Для проводниковой анестезии пациенту был введен 3% мепивакаин, однако полного обезболивания получить не удалось.

Какое количество карпул, содержащих 1,8 мл анестетика, можно максимально ввести ребенку, если вес его составляет 20 кг?

Ответ: не более 1.3 карпулы

#### **Задача 6**

Женщина 45 лет после принятия вертикального положения внезапно потеряла сознание и упала. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов лица у пациентки, на коже лба испарина, дыхание ослабленное, пульс на сонной и лучевой артериях редкий, слабый, мышцы туловища и конечностей расслаблены.

Вопрос: 1. установите предварительный диагноз.

2. с чем связано внезапная потеря сознания?

3. какое второе название имеет данное состояние?

. окажите первую медицинскую помощь.

Ответ: 1. обморок.

2. с внезапно наступившим малокровием мозга.

3. ортостатический коллапс.

4. создать покой, под ноги положить валик (чтобы ноги были выше головы), расстегнуть одежду.

Если имеется нашатырный спирт, то произвести ингаляцию. Побрызгать холодной водой на лицо.

#### **Задача 7.**

В стоматологической поликлинике пожилой женщине стало плохо. Предъявляет жалобы на боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией болей в левую ключицу, слабость, тошноту, страх за свою жизнь, чувство нехватки воздуха. Больную поместили в подсобное помещение, начали оказывать первую медицинскую помощь и вызвали скорую помощь.

Вопросы: 1. установите предварительный диагноз.

2. какие мероприятия первой медицинской помощи Вы можете провести при данных обстоятельствах?

Ответ: 1. инфаркт миокарда.

2. создать покой, полусидячее положение, расстегнуть одежду, дать тёплый чай, проводить психологическую работу, вызвать скорую помощь.

#### **Задача 8**

Вы студент пятоо курса медицинского ВУЗа. К Вам обратился знакомый с жалобами на сильную головную боль, тошноту, появление тёмных пятен перед глазами, бала однократная рвота. Все эти явления возникли через некоторое время после психоэмоционального напряжения. Вашему пациенту 46 лет, ранее отмечалось повышение артериального давления проводилось лечение гипотензивными средствами.

Вопрос:

1. установите предварительный диагноз.

2. окажите первую медицинскую помощь.

3. с каким фактором саморегуляции связано ухудшение самочувствия?

Ответ:

1. гипертонический криз первого типа.

2. создать покой, провести психологическую беседу, вызвать скорую помощь, выяснить какие у него имеются медикаменты и если есть гипотензивные то дать ему их.
3. в данном случае при гипертоническом кризе первого порядка произошёл выброс адреналина.

### **Задача 9**

В коридоре стоматологической клиники внезапно упал пешеход. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожи лица, сознание отсутствует, синюшность губ, на шее пульсация сосудов выражена, правый угол рта опущен, щека «парусит», зрачки расширены на свет реагируют вяло. Поднятые руки и ноги падают «как плети», сухожильные рефлексы отсутствуют. Пульс напряжен, медленный.

Вопрос:

1. установите предварительный диагноз.
2. какая форма поражения у больного?
3. какова причина возникшего состояния?
4. окажите первую медицинскую помощь.

Ответ:

1. инсульт
2. геморрагический.
3. разрыв сосуда мозга.
4. создать покой, расстегнуть одежду, перевернуть на спину, вызвать скорую помощь.

### **2.4 Итоговый тестовый контроль**

- 1) ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛИТСЯ (МИН)
  1. 20-30
  2. 40-60
  3. более 60
  4. 10-15
- 2) ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)
  1. 40-60
  2. 20-30
  3. более 90
  4. 10-15
- 3) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. кариес, пульпит
  2. открытый кюретаж
  3. гингивит
  4. пародонтит
- 4) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. воспалительное заболевание тканей пародонта
  2. эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите
  3. препарирование твёрдых тканей зуба под коронку
  4. лечение зубов по поводу кариеса
- 5) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. наличие эндокардита в анамнезе
  2. лечение и удаление временных зубов
  3. лечение зубов при хроническом пульпите
  4. препарирование твёрдых тканей зуба под коронку
- 6) МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. десневая бороздка
  2. межзубная перегородка

3. основание межзубного десневого сосочка
4. основание резцового сосочка
- 7) МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. основание межзубного десневого сосочка
  2. середина расстояния между двумя десневыми сосочками
  3. межзубная перегородка
  4. верхушка корня
- 8) УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)
  1. 30
  2. 45
  3. 90
  4. 10
- 9) УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)
  1. 90
  2. 125
  3. 30
  4. 10
- 10) ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ
  1. периодонтальной щели
  2. десневой бороздки
  3. основания межзубного десневого сосочка
  4. межзубной перегородки
- 11) ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ
  1. межзубной перегородки
  2. основания межзубного десневого сосочка
  3. периодонтальной щели
  4. верхушки корня
- 12) КОЛИЧЕСТВО «ТОЧЕК ВКОЛА» ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДВУХКОРНЕВОГО ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ
  1. 2-3
  2. 3-5
  3. 4-6
  4. 5-8
- 13) ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)
  1. менее 1
  2. не менее 5
  3. не менее 10
  4. не менее 20
- 14) МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (МИН)
  1. 2-3
  2. 20
  3. 30-40
  4. 7
- 15) ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
  1. одного зуба
  2. фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка
  3. всех зубов нижней челюсти с одной стороны

4. трёх зубов
- 16) СОЗДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
  1. редуктора
  2. рукоятки шприца
  3. угловой насадки
  4. поршня
- 17) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. обезболивание места вкола перед инъекцией
  2. препарирование твёрдых тканей зуба под коронку
  3. удаление постоянного зуба
  4. депульпирование зуба
- 18) БЕЗОПАСНОСТЬ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ
  1. удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции
  2. использованием аэрозольных форм выпуска анестетика
  3. применением водорастворимых аппликационных средств
  4. применением анестетика высокой концентрации
- 19) ЭКСПОЗИЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)
  1. 2-3
  2. 15
  3. 10
  4. 40
- 20) ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ
  1. уменьшается
  2. увеличивается
  3. не изменяется
  4. удлиняется
- 21) ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
  1. используется для всех видов анестезии
  2. суживает сосуды
  3. относится к группе сложных эфиров
  4. по активности уступает Прокаину (Новокаину)
- 22) АРТИКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ С (В ГОДАХ)
  1. 4
  2. 2
  3. 1
  4. 3
- 23) ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. Лидокаин
  2. Артикаин
  3. Бензокаин (Анестезин)
  4. Прокаин (Новокаин)
- 24) ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. Бензокаин (Анестезин)
  2. Артикаин
  3. Мепивакаин
  4. Прокаин (Новокаин)
- 25) ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
  1. действует дольше Прокаина (Новокаина)
  2. используется только для поверхностной анестезии
  3. по активности уступает Прокаину (Новокаину)

4. разрушается псевдохолинэстеразой
- 26) АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
  1. обладает высокой диффузионной способностью
  2. действует через 10-15 минут
  3. суживает сосуды
  4. применяется для поверхностной анестезии
- 27) МЕПИВАКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
  1. не вызывает расширения сосудов
  2. действует 20-30 минут
  3. используется для всех видов анестезии
  4. по активности уступает Прокаину (Новокаину)
- 28) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. Артикаин
  2. Тримекаин
  3. Прокаин (Новокаин)
  4. Бензокаин (Анестезин)
- 29) МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА АРТИКАИНА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)
  1. 7
  2. 1,5
  3. 4,4
  4. 5
- 30) МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)
  1. 4,4
  2. 1,5
  3. 0,5
  4. 7
- 31) МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)
  1. 4,4
  2. 1,5
  3. 0,5
  4. 7
- 32) КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (%)
  1. 3
  2. 2
  3. 1
  4. 4
- 33) МЕНЬШЕ ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ
  1. Артикаин
  2. Лидокаин
  3. Мепивакаин
  4. Бупивакаин (Маркаин)
- 34) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ВИДЕ СПРЕЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. Лидокаин
  2. Мепивакаин
  3. Артикаин
  4. Прокаин (Новокаин)
- 35) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ В ВИДЕ 3% РАСТВОРА БЕЗ ВАЗОКОНСТРИКТОРА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. Мепивакаин
  2. Лидокаин
  3. Прокаин (Новокаин)
  4. Артикаин
- 36) КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ВЫПУСКАЕМОГО В ВИДЕ СПРЕЯ, СОСТАВЛЯЕТ (%)
1. 10
  2. 5
  3. 4
  4. 2
- 37) КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕМ РАСТВОРЕ, СОДЕРЖАЩЕМ ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН), СОСТАВЛЯЕТ (%)
1. 2
  2. 3
  3. 4
  4. 5
- 38) КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АРТИКАИНА ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)
1. 4
  2. 3
  3. 2
  4. 1
- 39) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ ПОД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Артикаин
  2. Прокаин (Новокаин)
  3. Мепивакаин
  4. Лидокаин
- 40) НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
1. Артикаина
  2. Бензокаина
  3. Бупивакаина
  4. Прокаина (Новокаина)
- 41) КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
1. разрушением псевдохолинэстеразой
  2. быстрым всасыванием с места введения
  3. биотрансформацией в печени
  4. быстрым выведением
- 42) МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ СРЕДЫ
1. слабощелочной
  2. нейтральной
  3. слабокислой
  4. кислой
- 43) К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОТНОСИТСЯ
1. Прокаин (Новокаин)
  2. Лидокаин
  3. Артикаин
  4. Мепивакаин
- 44) ДОБАВЛЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В РАСТВОРЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИВОДИТ К

1. пролонгации анестезирующего эффекта
  2. ускорению всасывания местного анестетика
  3. снижению риска общих осложнений
  4. миорелаксирующему эффекту
- 45) К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЛОНГИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ОТНОСЯТСЯ
1.  $\alpha$ -адреномиметики
  2.  $\beta$ -адреномиметики
  3. н-холиномиметики
  4. м-холиномиметики
- 46) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ ГРУППЫ АМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Лидокаин
  2. Тетракаин
  3. Бензокаин (анестезин)
  4. Прокаин (Новокаин)
- 47) ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ
1. Прокаина (Новокаина)
  2. Артикаина
  3. Лидокаина
  4. Мепивакаина
- 48) ПРОКАИН (НОВОКАИН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
1. действует 20-30 минут
  2. суживает сосуды
  3. обладает высокой токсичностью
  4. по активности превосходит Мепивакаин
- 49) ПРОКАИН (НОВОКАИН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
1. действует 20-30 минут
  2. суживает сосуды
  3. обладает высокой токсичностью
  4. по активности превосходит Мепивакаин
- 50) АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
1. расширяет сосуды
  2. применяется для всех видов местной анестезии
  3. действует 10-15 минут
  4. плохо диффундирует в ткани
- 51) АНЕСТЕТИКОМ, БИОТРАНСФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ В ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Мепивакаин
  2. Бензокаин (Анестезин)
  3. Тетракаин (Дикаин)
  4. Прокаин (Новокаин)
- 52) АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ
1. Лидокаина
  2. Мепивакаина
  3. Прокаина (Новокаина)
  4. Артикаина
- 53) НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
1. Прокаина (Новокаина)
  2. Лидокаина
  3. Мепивакаина
  4. Артикаина

- 54) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШПРИЦ
1. карпульный Кука
  2. Жане
  3. двухкомпонентный Мердока
  4. инъекционный Фишера
- 55) СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ
1. константы диссоциации (рКа)
  2. периода полувыведения
  3. рН раствора
  4. гидрофильности
- 56) ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)
1. 42
  2. 12
  3. 16
  4. 100
- 57) МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Лидокаин
  2. Мепивакаин
  3. Артикаин
  4. Прокаин (Новокаин)
- 58) НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ У
1. Артикаина
  2. Мепивакаина
  3. Прокаина (Новокаина)
  4. Бупивакаина
- 59) ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. местная анестезия
  2. наркоз
  3. нейролептанальгезия
  4. акупунктура
- 60) АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ГИДРОЛИЗИРУЮТСЯ
1. псевдохоллинэстеразой
  2. гидролазой
  3. трансаминазой
  4. лидазой
- 61) ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. анксиолитики (транквилизаторы)
  2. антидепрессанты
  3. нейролептики
  4. ненаркотические анальгетики
- 62) ОБОЗНАЧЕНИЕ «Д-С ФОРТЕ» СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА
1. 1:100000
  2. 1:200000
  3. 1:300000
  4. 1:400000
- 63) ДЕТАМ С 6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ
1. Ибупрофен (Бруфен)

2. Индометацин (Метиндол)
3. Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)
4. Мелоксикам (Мовалис)
- 64) ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ АНЕСТЕЗИИ ПО С. МАЛАМЕДУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕРСТИЕ
  1. подбородочное
  2. резцовое
  3. нёбное
  4. круглое
- 65) ДЛЯ КУРСОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ, ИМЕЮЩЕМУ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
  1. Мелоксикам (Мовалис)
  2. Индометацин (Метиндол)
  3. Кетопрофен (Артрозилен, ОКИ)
  4. Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)
- 66) ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА И НАПРЯЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАЗНАЧАТЬ ВРАЧИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ
  1. Фабомотизол (Афобазол), Гидроксизин (Атаракс), Тенотен
  2. Мидазолам (Дормикум), Тофизепам (Грандаксин), Хлордиазепоксид (Элениум)
  3. Диазепам (Сибазон, Седуксен), Дроперидол, Нитразепам (Эуноктин)
  4. Гидроксизин (Атаракс), Мидазолам (Дормикум), Феназепам
- 67) ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКОС ИГЛЫ НАПРАВЛЕН
  1. к кости
  2. от кости
  3. в кость
  4. мимо кости
- 68) ТРАНКВИЛИЗАТОРОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНКСИОЛИТИЧЕСКИМ, СЕДАТИВНЫМ, ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И СНИЖАЮЩИМ САЛИВАЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. Гидроксизин (Атаракс)
  2. Тофизопам (Грандаксин)
  3. Тенотен
  4. Фабомотизол (Афобазол)
- 69) ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ
  1. асфиксия
  2. асистолия
  3. арефлексия
  4. афазия
- 70) ПАЦИЕНТУ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ
  1. 3% Мепивакаин, 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
  2. 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
  3. 2% Лидокаин с Эпинефрином 1:100000
  4. 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000
- 71) ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНИЛСЯ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ, В ОЖИДАНИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» СЛЕДУЕТ
  1. начать искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ), массаж сердца
  2. ввести Сальбутамол через небулайзер
  3. ввести внутривенно Супрастин
  4. ввести внутривенно Эуфиллин
- 72) ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

1. 3% Мепивакаин, 4% Артикаин
  2. 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
  3. 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
  4. 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000
- 73) ПРИЁМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ ПРИЁМ
1. Геймлиха
  2. Вайсблата
  3. Труссо
  4. Кохера
- 74) ПАЦИЕНТУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
1. 4% Артикаин, 3% Мепивакаин
  2. 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000
  3. 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000
  4. 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000
- 75) БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫБИРАТЬ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ
1. Артикаина
  2. Мепивакаина
  3. Лидокаина
  4. Прокаина (Новокаина)
- 76) ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ УДАРОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА В МИНУТУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ
1. 100-120
  2. 80-100
  3. 50-70
  4. 110-130
- 77) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
1. Артикаин
  2. Мепивакаин
  3. Лидокаин
  4. Бупивакаина
- 78) НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
1. приступа стенокардии
  2. судорожного припадка
  3. гипертонического криза
  4. стенотической асфиксии
- 79) ПАЦИЕНТАМ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ
1. Эпинефрин (Адреналин)
  2. Мепивакаин
  3. Лидокаин
  4. Артикаин
- 80) ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1. глюкокортикоиды, Эпинефрин, антигистамины, Эуфиллин
  2. анаболические гормоны, антибиотики
  3. антиаритмики, сердечные гликозиды
  4. диуретики, седативные
- 81) ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ
1. наружной сонной

2. лучевой
  3. локтевой
  4. плечевой
- 82) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ
1. на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
  2. в нижнюю треть носогубной складки
  3. в основание носа
  4. в нижнюю границу нижнего века
- 83) ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА
1. горизонтальное с приподнятыми ногами
  2. сидячее
  3. на правом боку
  4. на левом боку
- 84) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
1. переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти
  2. альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти
  3. переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
  4. переходной складки в области клыка на верхней челюсти
- 85) ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение тонуса мышц
  2. тахикардия
  3. гипертония
  4. гипертермия кожи
- 86) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
1. переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти
  2. альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти
  3. переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
  4. переходной складки в области клыка на верхней челюсти
- 87) ДЛЯ КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. бледность и влажность кожных покровов
  2. артериальная гипертония
  3. суженный зрачок
  4. двигательное беспокойство
- 88) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНЕРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЕГОРОВУ ПРОВОДИТСЯ
1. через кожные покровы на уровне передненижнего угла скуловой кости
  2. через кожные покровы на уровне средней трети носогубной складки
  3. в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти
  4. в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти
- 89) ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ
1. давящих болей в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
  2. тяжести в области живота
  3. гипотонии
  4. длительной боли в области сердца
- 90) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
1. твёрдого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нёбного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти

2. альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти
  3. переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
  4. переходной складки в области клыка на верхней челюсти
- 91) ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. обморока
  2. инсульта
  3. тиреотоксического криза
  4. приступа стенокардии
- 92) ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОЙ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА НОСОНЁБНОГО НЕРВА) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ
1. основания резцового сосочка на верхней челюсти
  2. альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти
  3. альвеолярного отростка с нёбной стороны в области клыка на верхней челюсти
  4. переходной складки в области клыка на верхней челюсти
- 93) ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва)
  2. торусальную
  3. туберальную
  4. резцовую (блокаду носонёбного нерва)
- 94) ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную
  2. торусальную
  3. туберальную
  4. резцовую (блокаду носонёбного нерва)
- 95) ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  2. ментальную (анестезию в области подбородочного отверстия)
  3. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия), инфраорбитальную
  4. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- 96) ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
1. влажные, бледные
  2. сухие, гиперемированные
  3. сухие, бледные
  4. влажные, гиперемированные
- 97) ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. туберальную
  2. инфраорбитальную
  3. торусальную
  4. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- 98) ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЫПОЛНЯЮТ
1. коникотомию
  2. тораотомию
  3. трахеотомию
  4. корнеотомию
- 99) ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  2. туберальную

3. торусальную
  4. по J.O. Akinosi
- 100) ДОМИНИРУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ АНАФИЛАКСИИ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА) ЯВЛЯЕТСЯ
1. сосудистый коллапс
  2. приступ удушья
  3. кардиогенный шок
  4. крапивница
- 101) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную
  2. туберальную
  3. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  4. ментальную (в области подбородочного отверстия)
- 102) ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва) и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  2. туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  3. по Гоу-Гейтсу
  4. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- 103) ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЭПИНЕФРИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО 1 МЛ
1. Атропина
  2. Мезатона
  3. Норадrenalина
  4. Дексаметазона
- 104) ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную
  2. туберальную
  3. по J.O. Akinosi
  4. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- 105) ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО
1. замедлить частоту дыхания
  2. увеличить частоту дыхания
  3. задержать вдох
  4. задержать выдох
- 106) ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ И КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. инфраорбитальную
  2. нёбную
  3. резцовую
  4. туберальную
- 107) ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ
1. полусидя
  2. лёжа
  3. полулёжа
  4. сидя
- 108) ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ СПОСОБОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

1. инфльтрационная
  2. резцовая
  3. туберальная
  4. нёбная
- 109) ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИЁМ
1. Геймлиха
  2. Сафара
  3. Альцгеймера
  4. Тренделенбурга
- 110) ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. туберальную
  2. резцовую
  3. Вазирани-Акинози
  4. нёбную
- 111) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ
1. хронический пародонтит тяжёлой степени
  2. наличие свищевого хода
  3. хронический гранулирующий периодонтит
  4. хронический гранулёматозный периодонтит
- 112) ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. нёбную
  2. туберальную
  3. ментальную
  4. резцовую
- 113) ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ
1. хронический двухкорневого зуба
  2. острый гнойный
  3. острый серозный
  4. хронический однокорневого зуба
- 114) ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЁБНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ
1. резцовую (блокаду в области резцового отверстия)
  2. палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
  3. инфраорбитальную
  4. по Гоу-Гейтсу
- 115) ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
1. врач стоит справа и спереди от больного
  2. врач стоит сзади и справа от больного
  3. пациент находится в лежачем положении
  4. голова больного на уровне локтевого сустава врача
- 116) ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИИ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. хронический гранулирующий периодонтит
  2. острый гнойный пульпит
  3. хронический гангренозный пульпит

4. хронический одонтогенный гайморит
- 117) ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ) НАСТУПАЕТ БЛОКАДА
  1. большого нёбного нерва
  2. средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
  3. задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
  4. средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- 118) МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. обострение хронического пародонтита
  2. гипоплазия эмали
  3. некроз пульпы
  4. кариес дентина
- 119) К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ
  1. тризм
  2. гипертонический криз
  3. анафилактический шок
  4. отёк Квинке
- 120) К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ
  1. гипертонический криз
  2. парез лицевого нерва
  3. гематому
  4. дентальную плексалгию
- 121) НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕРВА
  1. носонёбного
  2. большого нёбного
  3. подбородочного
  4. подглазничного
- 122) ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ НЕРВ
  1. носонёбный
  2. жевательный
  3. язычный
  4. большой нёбный
- 123) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
  1. Лидокаин 10%
  2. Артикаин 4%
  3. Лидокаин 0,5%
  4. Мепивакаин 2%
- 124) АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. крыловидно-нижнечелюстная складка
  2. наружная косая линия
  3. внутренняя косая линия
  4. переходная складка
- 125) НЕВРИТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ
  1. инфраорбитальной
  2. туберальной
  3. инфильтрационной
  4. резцовой

- 126) ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. анафилактический шок
  2. гематома
  3. неврит
  4. отлом иглы
- 127) ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ КАРДИОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)
1. 6
  2. 2
  3. 10
  4. 1
- 128) ИШЕМИЯ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ
1. инфраорбитальной
  2. туберальной
  3. у резцового отверстия
  4. у ментального отверстия
- 129) ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, НИЗКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
1. обморока
  2. коллапса
  3. гипертонического криза
  4. анафилактического шока
- 130) ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕНА
1. травмой медиальной крыловидной мышцы
  2. травмой жевательной мышцы
  3. невритом тройничного нерва
  4. парезом лицевого нерва
- 131) МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА 2% РАСТВОРА НОВОКАИНА ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ИНЪЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)
1. 50
  2. 25
  3. 100
  4. 150
- 132) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПРОБЫ НА НОВОКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
1. Перманганат калия
  2. Перекись водорода
  3. Хлорид натрия
  4. Фурациллин
- 133) ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ
1. австралийский антиген крови
  2. клинический анализ крови
  3. скорость оседания эритроцитов
  4. электролит крови
- 134) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОЯВИЛСЯ БЫСТРО НАРАСТАЮЩИЙ ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ОТКРЫВАНИЯ РТА, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО
1. травмой сосудов
  2. травмой мышц при проведении анестезии
  3. анафилактическим шоком

4. непереносимостью анестетика
- 135) СКОС ИГЛЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ К КОСТИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)
1. 30-45
  2. 90
  3. 60-70
  4. 50-55
- 136) ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)
1. 12
  2. 42
  3. 16
  4. 8
- 137) ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ
1. заболевание слизистой оболочки полости рта
  2. эндодонтическое лечение зубов
  3. лечение кариеса резцов
  4. ортопедическая конструкция
- 138) С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ПРОВОДИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ
1. инфильтрационная
  2. аппликационная
  3. проводниковая
  4. стволовая
- 139) АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОСТНУЮ ПЕРЕГОРОДКУ МЕЖДУ АЛЬВЕОЛАМИ РЯДОМ РАСПОЛОЖЕННЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. интрасептальная
  2. мандибулярная
  3. ментальная
  4. внутрипульпарная
- 140) В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ
1. резко снижается
  2. резко повышается
  3. становится избирательным
  4. зависит от стадии воспалительного процесса
- 141) ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА
1. на уровне резцов и клыков с нёбной стороны
  2. на уровне резцов с вестибулярной стороны
  3. на уровне клыков с нёбной стороны
  4. всего твердого нёба
- 142) К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ
1. Кетамин
  2. Фторотан
  3. Циклопропан
  4. Хлороформ
- 143) К АМИДНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ
1. Артикаин
  2. Прокаин
  3. Тетракаин
  4. Пропоксаин

- 144) АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ГУБЧАТУЮ КОСТЬ МЕЖДУ КОРНЯМИ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ
1. внутрикостная
  2. интрасептальная
  3. инфраорбитальная
  4. внутрипульпарная
- 145) ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИРОТОВЫМ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ
1. в наружный скат крылочелюстной складки
  2. во внутренний скат крылочелюстной складки
  3. в переходную складку в области моляров
  4. в нижний край щёчной области
- 146) К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ
1. торусальная
  2. внутрикостная
  3. внутрисептальная
  4. внутрипульпарная
- 147) К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ
1. нейролептаналгезия
  2. стволовая анестезия
  3. внутрикостная анестезия
  4. мандибулярная анестезия
- 148) К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ
1. гипноз
  2. блокады
  3. электрофорез
  4. мандибулярная анестезия
- 149) ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ЭПИЛЕПСИЕЙ РАЦИОНАЛЬНА ПРЕМЕДИКАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
1. Диазепама
  2. Баралгина
  3. Мезатона
  4. Атропина
- 150) ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ СЛЕДУЕТ
1. не допустить асфиксии
  2. провести искусственное дыхание
  3. применить нашатырный спирт
  4. провести наружный массаж сердца
- 151) ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА ВЕРХНИХ ЛУНОЧКОВЫХ ВЕТВЕЙ
1. передних и средних
  2. средних и задних
  3. передних и задних
  4. только передних
- 152) АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НАРКОЗА ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ
1. наличие острого респираторного заболевания
  2. возраст до 3 лет
  3. аллергия к местным анестетикам
  4. болезнь Дауна
- 153) ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК В АНАМНЕЗЕ ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ СЛЕДУЕТ
1. получить заключение врача-аллерголога-иммунолога

2. провести подкожную пробу
  3. провести скарификационную пробу
  4. использовать анестетики эфирного ряда
- 154)        НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ РАЗВИВАЮТСЯ НА
1. новокаин
  2. бупивакаин
  3. мепивакаин
  4. артикаин
- 155)        У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В КАЧЕСТВЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
1. диазепам раствора 0,5%
  2. трамадола
  3. промедола раствора 2%
  4. метамизола натрия раствора 50%
- 156)        НОВОКАИН ЯВЛЯЕТСЯ
1. местным препаратом анестезирующего действия
  2. антигистаминным препаратом
  3. противозудным препаратом
  4. ингибитором моноаминоксидаз
- 157)        У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДОЗИРОВКА ВВОДИМОГО ЭКЗОГЕННОГО ЭПИНЕФРИНА НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (В МГ)
1. 0,04
  2. 0,08
  3. 0,1
  4. 0,5
- 158)        ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. артикаин
  2. прокаин
  3. тетракаин
  4. дикаин
- 159)        ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕТИКОВ С СОДЕРЖАНИЕМ ЭПИНЕФРИНА 1:100000 У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИДЕПРЕССАНТЫ, МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ
1. гипертонического криза
  2. рефлекторной брадикардии
  3. аритмии
  4. бронхоспазма
- 160)        У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АНАМНЕЗЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
1. мепивакаина без вазоконстриктора
  2. артикаина с содержанием эpineфрина 1:100000
  3. артикаина с содержанием эpineфрина 1:200000
  4. артикаина с содержанием эpineфрина 1:400000
- 161)        У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
1. артикаина
  2. новокаина
  3. мепивакаина
  4. дикаина
- 162)        У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
1. анестетиков для аппликационной анестезии в виде спрея
  2. анестетиков для аппликационной анестезии в виде геля

3. мепивакаина
4. лидокаина в ампулах
- 163) ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
  1. артикаин с содержанием эпинефрина 1:200000
  2. артикаин с содержанием эпинефрина 1:100000
  3. мепивакаин
  4. тримекаин
- 164) У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕТИКОВ
  1. без вазоконстриктора
  2. амидной группы
  3. с содержанием вазоконстриктора 1:100000
  4. эфирной группы
- 165) У БЕРЕМЕННЫХ ПЛАНОВЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА МОЖНО ПРОВОДИТЬ
  1. во 2 триместре
  2. в 1 триместре
  3. в 3 триместре
  4. только после родов
- 166) НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНЬЮ ДИФФУЗИИ ЧЕРЕЗ ГЕМОПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР ОБЛАДАЕТ
  1. артикаин
  2. лидокаин
  3. мепивакаин
  4. новокаин

**Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1**

### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет**

#### **3.1 Форма промежуточной аттестации – зачет**

##### **Вопросы зачета (ОПК-1, ПК-5; ПК-6; ПК-9)**

1. Информационные, библиографические ресурсы для решения профессиональных задач местного обезболивания; медико-биологическая терминология местного обезболивания.
2. Обоснование выбора препарата при проведении местного обезболивания.
3. Физико-химические свойства, классификация и механизм действия. Анестезирующая активность и токсичность.
4. Вазоконстрикторы: механизм действия, классификация, показания и противопоказания к использованию в составе местно-обезболивающего раствора.
5. Формы выпуска препаратов.
6. Современный инструментарий для проведения местной анестезии в стоматологии. Виды инъекторов. Компьютеризованный и безигольный инъекторы. Виды игл.
7. Неинъекционная анестезия слизистой оболочки полости рта: аппликационная, электроаналгезия.
8. Инъекционная анестезия ветвей тройничного нерва: инфильтрационная (подслизистая, внутрислизистая, поднадкостничная).
9. Особенности инфильтрационного обезболивания инъекторами и карпульными анестетиками, показания и противопоказания к их применению.
10. Пародонтальные способы местной анестезии (интралигаментарная анестезия, интрасептальная анестезия, внутрипульпарная и внутриканальная анестезия), показания и противопоказания к их применению.
11. Инфильтрационная анестезия на верхней челюсти. Показания и противопоказания. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
12. Туберальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения
13. Подглазничная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.

14. Методика блокирования носо-небного нерва. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  15. Методика блокирования большого небного нерва. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  16. Методики проводниковой анестезии внеротовым доступом.
  17. Инфильтрационная анестезия на нижней челюсти (интралигаментарная, интерсептальная, внутрикостная) Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  18. Ползучий инфильтрат по Вишневному.
  19. Пародонтальные способы местной анестезии (интралигаментарная анестезия, интрасептальная анестезия, внутривульварная и внутрикостная анестезия), показания и противопоказания к их применению.
  20. Анестезия по Гоу-Гейтсу. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  21. Мандибулярная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  22. Торусальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  23. Ментальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование. Техника выполнения.
  24. Анестезии при ограниченном открывании рта по Берше-Дубову, Уварову. Техника выполнения.
  25. Задачи премедикации, Общее обезболивание (наркоз) в стоматологии.
  26. Методы наркоза: масочный, назофарингеальный, эндотрахеальный, внутривенный. Виды комбинированного общего обезболивания. Показания и противопоказания к проведению общего обезболивания.
  27. Интенсивная терапия при острой сердечно-сосудистой недостаточности. Обморок. Коллапс. Гипертонический криз. Приступ стенокардии. Острый инфаркт миокарда.
  28. Асфикция. Приступ удушья (бронхиальная астма). Сердечно-легочная реанимация в условиях стоматологической практики. Терминальные состояния. Диагностика.
  29. «Мозговая» и биологическая смерть. Организационные аспекты и особенности проведения СЛР в поликлинике. Методы и техника искусственной вентиляции легких, контроль эффективности.
  30. Методы и техника непрямого массажа сердца, контроль эффективности.
- 3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине
1. Показания и противопоказания к местной анестезии в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
  2. Инъекционные методы местного обезболивания
  3. Неинъекционные методы местного обезболивания
  4. Анестетики, применяемые для местного обезболивания в хирургической стоматологии. Характеристика и механизм действия
  5. Новокаин. Характеристика и механизм действия
  6. Лидокаин. Характеристика и механизм действия
  7. Тримекаин. Характеристика и механизм действия
  8. Современные карпульные анестетики. Характеристика, механизм действия
  9. Вазоконстрикторы, механизм действия
  10. Адреналин. Характеристика, механизм действия
  11. Норадреналин. Характеристика, механизм действия
  12. Аппликационная анестезия. Виды. Показания.
  13. Интерлигаментарная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  14. Инфильтрационная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  15. Инфраорбитальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  16. Туберальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  17. Небная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  18. Резцовая анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
  19. Мандибулярная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, способы, осложнения

20. Торусальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
21. Ментальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
22. Анестезия по Берше-Дубову-Уварову. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
23. Анестезия щёчного нерва. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
24. Анестезия язычного нерва. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
25. Анестезия третьей ветви тройничного нерва у овального отверстия
26. Топографическая анатомия третьей ветви тройничного нерва
27. Топографическая анатомия второй ветви тройничного нерва
28. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков.
29. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
30. Причины и клиника аллергической реакции, анафилактического шока у больных после местного обезболивания, оказание помощь, профилактика

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
<b>ОПК-1</b>	<b>готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности</b>	<b>Знать:</b> различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине
		<b>Уметь:</b> оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах;	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые

		<p>использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования;</p> <p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования;</p> <p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>
		<p><b>Владеть:</b> компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
<b>ПК-5</b>	<b>готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его</b>	<b>Знать:</b> понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза,	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации

<p><b>анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</b></p>	<p>классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>
	<p><b>Уметь:</b> Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>
	<p><b>Владеть:</b> Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-6	<p>способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p><b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм, принципов формулировки стоматологических диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p>
		<p><b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>
		<p><b>Владеть:</b> навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной стоматологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины</p>

		здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	рамках изучаемой дисциплины	
--	--	--	-----------------------------	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<b>Знать:</b> Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара
		<b>Уметь:</b> Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара
		<b>Владеть:</b> Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.

### 4.3. Шкала, и процедура оценивания

#### 4.3.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, работа на симуляторах, решение ситуационных задач

#### 4.3.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

##### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

##### Для стандартизированного контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

##### Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

##### Для оценки доклада/ устных реферативных сообщений:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных

первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

#### **Для разбора тематического больного**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **Для оценки работы на симуляторах**

«Зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует хорошие знания методологии практических навыков; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; уверенно на достаточном уровне демонстрирует практические навыки на симуляторах.

«Не зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося не сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует нетвердые знания методологии практических навыков; не умеет переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; не демонстрирует практические навыки на симуляторах.

### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

#### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.